2016D23541

LIJST VAN VRAGEN

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 31 mei 2016 inzake de **Voorhang integrale bekostiging geboortezorg (Kamerstuk 32 279, nr. 84).**

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Nr	Vraag
1	Klopt het dat de beleidsregel het mogelijk maakt dat de verzekeraars met de ziekenhuizen de geboortezorg integraal gaan inkopen, dus 1 hoofdtarief ondanks dat er sprake is van 9 deelprestaties? Klopt het dat organisaties die door verloskundigen worden opgezet in bedrijfskundige zin onmogelijk hoofdaannemer kunnen zijn van het gehele integrale tarief?
2	Klopt het dat met de nieuwe bekostigingsstructuur verzekeraars in staat zullen zijn verloskundigen te dwingen om in dienst te gaan bij het ziekenhuis of onderaannemer te worden bij een ziekenhuis, afhankelijk van wat het ziekenhuis voor zal schrijven en dat verloskundigen hierdoor in de praktijk niet meer de mogelijkheid hebben zelfstandig aannemer te zijn?
3	Is de integrale geboortezorg juridisch houdbaar gezien het feit dat in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) de bevoegdheid en deskundigheid van de risicobeoordeling wordt toegewezen aan verloskundigen terwijl de nieuwe Zorgstandaard juist uitgaat van gedeelde risicoselectie in een «geboortezorg team»? Kunt u aangeven welke zorgverlener eindverantwoordelijk is bij deze gedeelde risicoselectie?
4	Kunt u garanderen dat de keuzevrijheid van zwangere vrouwen voor bijvoorbeeld een thuisbevalling, een bevalling in het ziekenhuis of in een geboortecentrum behouden blijft?
5	Hoe kunnen zwangere vrouwen kiezen voor een verloskundige die is aangesloten bij een ziekenhuis, hun eigen verloskundige behouden, en tegelijk kiezen voor een ander ziekenhuis? Hoe kunnen zwangere vrouwen wisselen van verloskundige, maar bij het door hun gekozen ziekenhuis bevallen? Hoe kunnen zwangere vrouwen wisselen van geboortezorg organisatie? Kunnen zwangere vrouwen in de toekomst nog verhuizen?
6	Waarom heeft u geen gebruik gemaakt van het aanbod en het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (in haar brief van 17 maart 2016) voor het laten verrichten van een uitvoeringstoets?
7	Waarom heeft u ervoor gekozen om de prestatiestructuur vast te leggen, wanneer de NZa in haar brief van 17 maart 2016 adviseert om alleen het kader vast te stellen en het verder ter invulling aan de regionale zorgaanbieders en de zorgverzekeraars?
8	Welke knelpunten moeten er worden opgelost voordat integrale bekostiging kan worden ingevoerd, en hoe wordt hier zorg voor gedragen? Hoeveel openstaande punten zijn er op de implementatie-agenda? Op welke wijze wordt zekerheid gegeven over alle openstaande vragen van het veld?
9	a. Welke transitieperiode heeft u voor ogen voordat de huidige vorm van bekostiging wordt afgeschaft? b. Op welke wijze wordt geborgd dat het besluit over landelijke invoering afhankelijk is van de uitkomsten van de RIVM-evaluatie en de INCAS2-studie?
10	Op welke wijze wordt geborgd dat de uitkomsten van de pilots en experimenten betrokken worden bij de besluitvorming over landelijke invoering?
11	Op welke wijze kan het huidige goedwerkende systeem van risicoselectie binnen integrale bekostiging worden gehandhaafd?

Nr	Vraag
12	Kunt u het voornemen tot invoering van integrale bekostiging toelichten in het licht van de «Maatschappelijke Kosten Baten Afweging voor de geboortezorg in Nederland» (2015) die door SiRM is uitgevoerd? Hoe verhouden de verwachte prijsstijgingen vanwege extra overhead en transitiekosten zich tot de mogelijke besparing van 40 miljoen die uit de maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) volgt? Hoe wordt het risico op prijsstijging ondervangen gezien de introductie van vrije prijzen en de toenemende marktmacht wanneer regionale zorgaanbieders geïntroduceerd worden?
13	Hoe stimuleert u de gewenste taakverschuiving en substitutie om de zorg in de wijk, dicht bij de cliënt te borgen? Hoe voorkomt u dat de introductie van integrale bekostiging ertoe leidt dat alle zorg vanuit de tweede lijn gecoördineerd wordt, met toenemende medicalisering en hogere kosten als gevolg? Hoe borgt u het behoud van het unieke verloskundige systeem van Nederland, met goede uitkomsten van zorg, hoge cliënttevredenheid en lagere kosten, wat als een voorbeeld dient voor vele andere landen? Hoe borgt u dat de zelfstandige positie van de eerstelijns verloskundige binnen de keten van geboortezorg blijft bestaan? Op welke wijze wordt de poortwachtersfunctie van de verloskundige binnen integrale bekostiging geborgd?
14	Is het doel van de invoering van integrale bekostiging de verbetering van zorg, of is het een pure bezuinigingsmaatregel zoals blijkt uit de ombuigingslijst van het Ministerie van Financiën?
15	Wat zijn de extra overheadkosten die door de oprichting van nieuwe integrale geboortezorgorganisaties, met de nieuwe op te zetten infrastructuur, gaan ontstaan? Wie gaan deze extra overheadkosten betalen? Hoe hoog zijn de transitiekosten die met de overgang naar integrale bekostiging zijn gepaard? Wie gaan de transitiekosten betalen?
16	Is uw keuze tot invoering van integrale bekostiging gebaseerd op aangetoonde wetenschappelijke meerwaarde? Op welke wijze zijn de uitkomsten van onderzoek naar medical led care, shared care en midwifery led continuity care modellen van geboortezorg betrokken bij de voorgenomen beleidskeuze? Kent u de laatste sterftecijfers zoals gepubliceerd in het NRC-artikel van 6 mei 2016 en geven deze cijfers nog altijd aanleiding om het geboortezorgsysteem in Nederland drastisch te wijzigen?
17	Hoe wordt voorkomen dat er chaos in het veld ontstaat, zoals bij de overheveling van de uitvoering van het PGB het geval is? Hoe voorkomt u grote prijsstijgingen zoals bij de introductie van vrije prijzen in de mondzorg? Op welke wijze wordt de continuïteit van zorg zeker gesteld?
18	Waarom wordt de eigen deadline van de NZa van 1 juli 2016 voor het vaststellen van NZa-beleidsregels niet gevolgd? Is er voldoende tijd voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de noodzakelijke wijzigingen in de systemen tijdig door te voeren?
19	Hoe verhoudt de introductie van integrale bekostiging met vrije prijzen in de geboortezorg zich tot de introductie van integrale bekostiging in het ziekenhuis? Welke ervaringen kunnen we daaruit meenemen? Hoe verhoudt de introductie van integrale zorg bij de verloskunde zich tot de introductie van integrale zorg in de huisartspraktijken?

Nr	Vraag
20	Hoe kan het zorggroepenmodel van de huisartsen toepasbaar worden gemaakt in de geboortezorg? Hoe bevordert u de invoering van anderhalve-lijns zorg in de geboortezorg, waar goede ervaringen mee zijn in de huisartsenzorg? Hoe wordt voorkomen dat initiatieven in het land rondom anderhalve-lijns zorg geen doorgang kunnen vinden door de voorgenomen introductie van integrale bekostiging? Hoe wordt de stimulering van centering pregnancy als zwangerschapsbegeleiding, met goede uitkomsten, minder ingrepen, lagere kosten en hogere cliënttevredenheid, geborgd?
21	Hoe plaatst u, moeder en kind in de hoofdrol? Wat is de rol van de cliënt (zwangere) in het nieuwe systeem?
22	Waarom wordt het voorstel voor de integrale bekostiging voorgehangen voordat de pilots op dit thema zijn afgerond?
23	Wat zijn tot nu toe de ervaringen vanuit de 25 verschillende regio's met de NZa-module?
24	Waarom koos ruim meer dan de helft van de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) ervoor niet mee te doen aan de NZa-module?
25	Hebben zorgverzekeraars toegezegd beide vormen van financiering (de huidige en de integrale bekostiging) naast elkaar te zullen vergoeden?
26	Kan worden gegarandeerd dat indien de integrale bekostiging zoals in de voorliggende brief wordt voorgesteld wordt ingevoerd dat regio's die daartoe niet over willen gaan hier niet toe worden gedwongen? Ook niet door het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars? Als er geen garanties zijn, hoe wilt u omgaan met verloskundigen die niet langer hun praktijk zullen kunnen voeren als de verzekeraar geen contract meer met ze wil sluiten en ze worden geweigerd bij de geboortezorg organisaties?
27	Biedt de beleidsregel enige voorziening voor verloskundigen die hun praktijk zullen verliezen?
28	Biedt de beleidsregel een voorziening ter compensatie van de goodwill die verloskundigen zullen verliezen, mochten ze in dienst moeten komen van de geboortezorgorganisatie?
29	Wat is het causale verband tussen het invoeren van de integrale bekostiging en een betere samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen? Welk wetenschappelijk bewijs of aantoonbare aanwijzingen zijn hiervoor?
30	Wat is het causale verband tussen een verlaging van babysterfte en het invoeren van integrale bekostiging? Welk wetenschappelijk bewijs of aantoonbare aanwijzingen zijn hiervoor?
31	In hoeverre is de babysterfte het directe gevolg van de manier waarop de geboortezorg momenteel wordt bekostigd?
32	Is het correct dat het knelpunt «dubbele bekostiging eigenlijk niet klopt omdat hier sprake is van twee aparte vormen van daadwerkelijk geleverde zorg?
33	Hoe verhoudt het door de NZa geconstateerde knelpunt dat de eigen bijdrage een drempel is voor vrouwen met beperkte financiële mogelijkheden zich tot de mogelijkheid om bij de voorgestelde integrale bekostiging een eigen bijdrage te vragen voor kraamzorg? Waarom wordt deze eigen bijdrage niet afgeschaft/verboden?
34	De knelpunten zijn geconstateerd door de NZa in 2012, in hoeverre zijn deze knelpunten inmiddels al opgelost of welke stappen zijn al genomen om te komen tot een oplossing? Welke knelpunten zijn er nu nog concreet binnen de huidige bekostigingssystematiek?

Nr	Vraag
35	Hoeveel bijeenkomsten heeft KPMG belegd om te spreken over integrale bekostiging, wanneer waren deze bijeenkomsten en welke partijen waren bij welke bijeenkomsten aanwezig?
36	Welke partijen hebben bij u aangegeven dat zij de uitvoering van het advies van KPMG een te grote stap vonden?
37	Welke partijen hebben zich gecommitteerd tot landelijke invoering van integrale bekostiging op basis van een door Zorgverzekeraars Nederland ontwikkeld model?
38	Welke regio's zijn gereed voor de transitie naar integrale bekostiging? Betekent dit ook dat ze die stap willen maken?
39	In welke of in hoeveel regio's is de verbeterde samenwerking goed op gang? In hoeverre komen deze regio's overeen met de regio's genoemd in tweede alinea op pagina 3?
40	Welke VSV regio's willen geen integrale bekostiging?
41	Waaruit blijkt dat de regio's die de module integrale bekostiging van de NZa inzetten dit doen om zich voor te bereiden op de integrale bekostiging?
42	Deelt u de mening dat prenatale voorlichting onderdeel is van de geboortezorg?
43	Waarom is er in de brief voor gekozen om de 9 prestaties niet apart te beschrijven maar ook geen link toe te voegen naar het model van Zorgverzekeraars Nederland?
44	Hoe wordt de mogelijkheid voor de zwangere om gedurende de zwangerschap te wisselen van verloskundig samenwerkingsverband vormgegeven? Komt een dergelijke wisseling de veiligheid en continuïteit van zorg van de zwangere ten goede?
45	Is het CPZ/Perined-plan gereed? Zo ja, kunt u dit plan naar de Kamer sturen?Zo nee, wanneer is dit plan wel gereed?
46	Heeft Perined de expertise in huis om de taak die u voor hen ziet weggelegd uit te voeren?
47	Hoe ziet het «herijken» van de organisatie van het CPZ er uit? Wie gaat dit doen en wanneer?
48	Hoe, door wie en wanneer wordt deze hernieuwde gezamenlijke agenda opgesteld om de geboortezorg in Nederland verder te verbeteren? Gaat u dit monitoren en zo ja, hoe? Wat betekent dit voor het stuurgroep advies, komt dat te vervallen? Waarom denkt u waarom dit nu wel gaat lukken?
49	Waarom is er met het voorleggen van de voorhang niet gewacht op het advies van het Zorginstituut met betrekking tot de eigen betalingen bij poliklinisch bevallen dat voor 1 augustus 2016 wordt verwacht?
50	Vindt er een uitvoeringstoets van de NZa plaats? Zo nee, waarom niet?
51	Hoeveel openstaande punten zijn er op de implementatie-agenda?
52	Welke transitieperiode heeft u voor ogen voordat de huidige vorm van bekostiging in zijn geheel wordt afgeschaft?
53	Op welke wijze wordt geborgd dat de uitkomsten van de pilots en experimenten betrokken worden bij de besluitvorming over landelijke invoering?
54	Op welke wijze kan het huidige goedwerkende systeem van risicoselectie binnen integrale bekostiging worden gehandhaafd?
55	Op welke wijze wordt geborgd dat het besluit over landelijke invoering afhankelijk is van de uitkomsten van de RIVM-evaluatie en de INCAS2-studie?
56	Kunt u een toelichting geven op uw voornemen tot invoering van integrale bekostiging in het licht van de «Maatschappelijke Kosten Baten Afweging voor de geboortezorg in Nederland» (2015) die door SiRM is uitgevoerd? Hoe verhouden de verwachte prijsstijgingen vanwege extra overhead en transitiekosten zich tot de mogelijke besparing van 40 miljoen die uit de MKBA volgt?

Nr	Vraag
57	Hoe voorkomt u dat de introductie van integrale bekostiging ertoe leidt dat alle zorg vanuit de tweede lijn gecoördineerd wordt, met toenemende medicalisering en hogere kosten als gevolg?
58	Hoe borgt het integrale tarief de zelfstandige positie van de eerstelijns verloskundige binnen de keten van geboortezorg?
59	Op welke wijze wordt de poortwachtersfunctie van de verloskundige binnen integrale bekostiging geborgd?
60	Wat zijn de extra overheadkosten die door de oprichting van nieuwe integrale geboortezorgorganisaties, met de nieuwe op te zetten infrastructuur, gaan ontstaan en wie gaan deze extra overheadkosten betalen?
61	Hoe hoog zijn de transitiekosten die met de overgang naar integrale bekostiging zijn gepaard en wie gaan de transititekosten betalen?
62	Is uw keuze tot invoering van integrale bekostiging gebaseerd op aangetoonde wetenschappelijke meerwaarde?
63	Bent u bekend met de laatste sterftecijfers zoals gepubliceerd in het NRC-artikel van 6 mei 2016, en geven deze cijfers nog altijd aanleiding om het geboortezorgsysteem in Nederland drastisch te wijzigen?
64	Op welke wijze wordt de continuïteit van zorg zeker gesteld?
65	Waarom wordt de eigen deadline van de NZa van 1 juli 2016 voor het vaststellen van NZa-beleidsregels niet gevolgd?
66	Hoe verhoudt de introductie van integrale bekostiging met vrije prijzen in de geboortezorg zich tot de introductie van integrale bekostiging in het ziekenhuis? Welke ervaringen kunnen daaruit worden meegenomen?
67	Waarom zet u in op shared care, daar waar midwifery led continuity of care betere uitkomsten en lagere kosten kent?
68	Hoe wordt voorkomen dat initiatieven in het land rondom anderhalve-lijns zorg geen doorgang kunnen vinden door de voorgenomen introductie van integrale bekostiging?
69	Hoe verhouden de kosten van het voorgenomen medical led care model zich tot de kosten van midwife led continuity of care?
70	Wat is de rol van de gezonde zwangere in het nieuwe systeem?
71	Deelt u de zorgen van het Clara Wichmann Fonds aangaande de keuze vrijheid van zwangeren?
72	Welke juridische garanties biedt de beleidsregel dat er in elke regio nog thuisbevallingen mogelijk zullen blijven, zonder ontmoedigingsbeleid?
73	Welke garanties biedt de beleidsregel dat zwangeren geen last zullen krijgen van onderlinge verrekening tussen geboortezorgorganisaties, zodat er geen ontmoedigingsbeleid ontstaat om van zorgverlener te wisselen, dan wel om niet geweigerd te worden bij een geboortezorgorganisatie omdat het budget al elders is geparkeerd?
74	Welke juridische garanties biedt de beleidsregel dat zwangeren met een verloskundige naar keuze bij een geboortezorgorganisatie terecht kunnen, waarbij de verloskundige niet is aangesloten?
75	Welke gevaarlijke gevolgen worden voorzien als zwangeren niet langer kunnen bevallen op een manier die zij zelf willen?
76	Kan er worden overgegaan op integrale bekostiging zonder dat er een geaccepteerde zorgstandaard bestaat?
77	Kan per verschillende prestatie binnen het integrale geboortetarief worden aangegeven waar deze prestatie begint, eindigt en wat de rol en mate van samenwerking is tussen verloskundigen en gynaecologen binnen de prestaties?

Nr	Vraag
78	Kan per aanbeveling van de Stuurgroep Zwangerschap & geboorte worden aangegeven of, wanneer en hoe deze aanbeveling is geïmplementeerd in de praktijk, of welke activiteiten nog verricht moeten worden om deze aanbeveling te implementeren en wanneer deze verricht worden?
79	Kunt u een aantal goede voorbeelden van samenwerking in de geboortezorg beschrijven, die als voorbeeld dienen voor verloskundige samenwerkingsverbanden die nog te weinig samenwerken?
80	Met welke frequentie zal het gezamenlijk overleg tussen verloskundigen en gynaecologen plaatsvinden binnen het College perinatale zorg? Waarom is voor deze frequentie gekozen?
81	Op welke wijze kan de beoogde optie om als verloskundig samenwerkingsverband te kiezen voor een volwaardig integraal tarief bijdragen aan vervolgstappen van goede regionale samenwerkingsverbanden? Kunt u aangeven of, en zo ja welke, goed functionerende regionale samenwerkingsverbanden niet kunnen kiezen voor het beoogde volwaardige integraal tarief omdat hun bekostigingssystematiek en/of juridische vorm zich hier niet voor leent?
82	In hoeverre zal de nieuwe gezamenlijke agenda van verloskundigen en gynaecologen aansluiten bij de aanbevelingen die de Stuurgroep Zwangerschap & geboorte in 2010 deed?
83	Kan aangegeven worden of en hoe goede risicoselectie in de zwangerschap bijdraagt aan lage perinatale sterfte? Welke onderzoeken cq publicaties (zowel nationaal als internationaal) over risicoselectie in de zwangerschap, door verloskundigen, gynaecologen of verloskundige samenwerkingsverbanden zijn bekend? Welke bevindingen zijn er ten aanzien van risicoselectie in de zwangerschap? Welke groepen zwangeren kunnen worden onderscheiden in het kader van het belang van een juiste risicoselectie?
84	Welke mogelijke prikkels ten aanzien van individuele financiële inkomsten, zeggenschap, organisatie en status hebben verloskundigen in de praktijk met de huidige bekostiging en hoe veranderen deze prikkels als wordt overgegaan op het integrale tarief? Hoe liggen deze prikkels voor gynaecologen en hoe veranderen deze prikkels als wordt overgegaan op het integrale tarief?
85	Hoe ziet het «herijken» van de organisatie van het CPZ er uit? Wie gaat dit doen en wanneer?
86	Wanneer verwacht u de volgende Peristat-vergelijking met betrekking tot de geboortezorg in Europese lidstaten?
87	In welke regio's is de verbeterde samenwerking in de geboortezorg nog onvoldoende tot stand gekomen en in hoeverre betreft dit regio's met relatief grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen?
88	Wanneer stuurt de regering de ZN-business-case over het afschaffen van de eigen betaling voor ziekenhuisbevallingen naar de Kamer? Stuurt de regering deze business-case, die zij uiterlijk 1 augustus 2016 verwacht, direct door naar de Kamer?
89	Welke vorm van financiering, organisatie van zorg en samenwerking tussen zorgprofessionals bij deze zorg en daarbij voorafgaande risicoselectie kenmerkt de geboortezorg van de beste drie landen uit de Peristat-geboortecijfers?
90	Blijft de NZa-module integrale geboortezorg beschikbaar voor de verloskundige samenwerkingsverbanden die daar nog gebruik van willen maken?

Nr	Vraag
91	Welke betrokken partijen heeft KPMG Plexus gesproken bij de totstandkoming van het advies over integrale bekostiging van geboortezorg?
92	Op welke wijze kan actief, goed en gericht toezicht op de geboortezorg door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden vorm gegeven? Is de capaciteit bij de IGZ daartoe voldoende? Waaruit blijkt dat? In hoeverre ziet de IGZ toe op naleving van de geboortezorgstandaard indien deze wordt opgenomen in het ZiN-register?
93	U stelt dat Inmiddels circa 25 regio's van de module integrale vroeghulp gebruikt, daarbij zijn circa 30 (van de 80) verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) betrokken. Kan worden toegelicht waarom de overige 50 samenwerkingsverbanden hier geen gebruik van maken en welke argumenten zij hiervoor hanteren?
94	De dubbele bekostiging van de kraamzorg is toch al opgelost? Welke knelpunten zijn er nu nog concreet binnen de huidige bekostigingssystematiek?
95	In hoeverre is de regering voornemens om alsnog een uiterlijke datum te stellen voor brede invoering van het integrale geboortetarief als blijkt dat verloskundige samenwerkingsverbanden die daar al vrijwillig gebruik van maken positieve ervaringen hebben?
96	Wat betekent de keuze voor negen verschillende prestaties binnen het integrale geboortetarief voor de administratieve lasten voor de betrokken zorgverleners?
97	Heeft een vrouw een vrije keuze voor een verloskundige of gynaecoloog? Welke beperkingen zijn er in de vrije keuze? In hoeverre is er ook een vrije keuze wanneer tijdens de zwangerschap gewisseld wordt van aanbieder, vanwege verhuizing of omdat een vrouw zelf wil overstappen? In hoeverre verandert deze vrije keuze als in de toekomst wordt overgegaan op het integrale tarief?
98	In 2017 zal de bestaande bekostiging in stand worden gehouden voor diegenen die daarvoor kiezen. Kunt u aangeven wanneer volledig wordt overgestapt naar integrale bekostiging voor geboortezorg? Houdt u vast aan het advies van KPMG Plexus om dit per 2018 te realiseren? Zo nee, op basis van welke voorwaarden besluit u om over te gaan op landelijke invoering? Op welke wijze worden de ervaringen in het overgangsjaar 2017 meegenomen in het besluit om definitief over te gaan tot volwaardige integrale bekostiging voor geboortezorg?
99	Biedt het huidige model van negen beroeps- en lijnoverstijgende prestaties voldoende ruimte voor innovatie en nieuwe vormen van samenwerking? Kunt u uw antwoord toelichten?
100	In hoeverre is het voor gynaecologen mogelijk om meerdere samenwerkingsverbanden aan te gaan met verloskundigen, kraamzorgorganisaties en huisartsen in dezelfde regio en daardoor deelnemer te zijn in meerdere ketens? Staat de Autoriteit Consument en Markt (ACM) dergelijke samenwerkingsverbanden per regio toe?
101	Kunt u een nadere toelichting geven op het uitgangspunt dat het mogelijk is om gedurende de zwangerschap te wisselen van verloskundig samenwerkingsverband, zodat de zwangere/patiënt keuzevrijheid behoudt? Is het mogelijk om geheel over te stappen naar andere zorgverleners of dient er een relatie te blijven bestaan met één van de zorgverleners in de keten?
102	In hoeverre wijkt het door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ontwikkelde model af van het advies van KPMG Plexus met twee prestaties met vrij onderhandelbare tarieven?

Nr	Vraag
103	Kan worden aangegeven hoeveel regio’s vrijwillig, per 2017 de stap naar integrale bekostiging gaan maken? Zijn dit alleen de regio’s die nu ook gebruik maken van module integrale vroeghulp?
104	Wanneer komen de producten en diensten voor de verloskundige samenwerkingsverbanden beschikbaar die ondersteunen bij het implementeren van het integrale tarief? Welke producten en diensten worden er ontwikkeld?
105	Is het Zorginstituut Nederland nog steeds voornemens om de zorgstandaard voor 1 juli 2016 vast te stellen?
106	U stelt dat het gaat om verzekerde prestaties in de Zorgverzekeringswe (Zvw), niet verzekerde prestaties zijn uitgesloten en blijven apart declarabel. Welke prestaties zijn dit dan?